

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КНП "ЦРЛ Подільського району"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01111121**
3. Місцезнаходження замовника: **66300, Україна, Одеська область обл., Подільськ, вулиця Каштанова 76**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Товари**

4. Конкретна назва предмета закупівлі	5. Коди відповідних класифікаторів предмета закупівлі (за наявності)	6. Кількість товарів або обсяг виконання робіт чи надання послуг	7. Місце поставки товарів або місце виконання робіт чи надання послуг	8. Строк поставки товарів, виконання робіт чи надання послуг
Лікарські засоби	ДК 021:2015: 33690000-3 — Лікарські засоби різні	44 найменувань	66300, Україна, Одеська область, місто Подільськ, вулиця Каштанова будинки 76	до 31 грудня 2019

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ " ФАРМА-СВІТ"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **92 190,00 УАН з ПДВ**